

Travail de la Clinique des Maladies Infectieuses de l'Hôpital CLAUDE-BERNARD

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

No

407

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philibert GUYOT

Né à Paris, le 16 mai 1899

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA VARIOLE A PARIS EN 1925-1927

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DE LA MALADIE

(ÉTUDE CRITIQUE)

Président : TEISSIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

Travail de la Clinique des Maladies Infectieuses de l'Hôpital CLAUDE-BERNARD

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

407

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philibert GUYOT

Né à Paris, le 16 mai 1899

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA VARIOLE A PARIS EN 1925-1927

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DE LA MALADIE

(ÉTUDE CRITIQUE)

Président : TEISSIER, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15. RUE RACINE, 15

—
1927



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale,
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VELTER. . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LOEPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail,
FREY.		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
CHAILLEY-BERT.		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

LE DOCTEUR TH. GUYOT

Qui fut mon premier et mon meilleur maître.

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PIERRE TEISSIER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des Maladies infectieuses
à l'Hôpital Claude-Bernard
Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR TANON

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Qui a bien voulu nous inspirer ce
travail et nous aider de ses conseils.*

A M. LE DOCTEUR E. DE MASSARY

Médecin de l'Hôpital Lariboisière.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHAILLEY-BERT

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1917-1918 M. LE DOCTEUR PIERRE BAZY

Externat :

1920-1921 M. LE DOCTEUR BARBIER

1921-1922 M. LE DOCTEUR LOUIS BAZY

1922-1923 M. LE DOCTEUR JOUSSET

1923-1924 M. LE DOCTEUR BOIDIN

1924-1925 M. LE PROFESSEUR TEISSIER

1925-1926 M. LE DOCTEUR MONTHUS

1926-1927 M. LE PROFESSEUR TEISSIER

« M. LE DOCTEUR MAHU

LA VARIOLE A PARIS

EN 1925-1927

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PROPHYLAXIE GÉNÉRALE
DE LA MALADIE

INTRODUCTION

Durant notre séjour dans le service de clinique des maladies infectieuses dirigé par M. le professeur Teissier à l'hôpital Claude-Bernard, il nous a été donné d'assister, dès son apparition, à une épidémie de variole qui s'est montrée en France depuis 1925. Elle a touché le Midi, puis Paris et la banlieue pendant de longs mois.

Cette poussée épidémique d'une maladie pratiquement disparue de notre territoire depuis quelques années nous a permis de suivre la genèse de sa réapparition, la redoutable gravité de ses manifestations, et les efforts quotidiens de tous ceux qui furent chargés de la prophylaxie.

Aussi, après avoir retracé l'historique de la variole, nous proposons-nous d'étudier ici le caractère épidémiologique de son invasion en France de 1925 à 1927.

Nous essaierons ensuite de décrire les moyens de défense employés avec succès depuis un an et demi, les lois et décrets officiels actuellement en vigueur qui ont permis la lutte.

Les causes de l'épidémie et les grosses difficultés rencontrées pour l'enrayer nous amèneront à rechercher les mesures qui vont ou pourraient être proposées afin d'éviter dans l'avenir un nouveau retour offensif de la maladie.

HISTORIQUE

L'histoire de la variole est très imprécise quant à ses origines et à son mode de pénétration en Europe.

Cette maladie est certainement très ancienne et Moore au commencement du siècle dernier (1815), admettait qu'elle avait atteint l'Inde et la Chine environ deux mille ans avant Jésus-Christ.

D'autre part, il est permis de croire que dans l'antiquité les races noires furent elles-mêmes touchées et que tout le continent africain fut peu à peu envahi.

La première relation médicale de la maladie est due à un médecin persan, Razès, au ix^e siècle.

Déjà au vi^e siècle, Grégoire de Tours et Marius d'Avrenche la signalaient dans le sud de l'Europe et lui donnaient son nom de : « variole ». On peut se demander si elle ne fut pas importée, pour la première fois, en Espagne par les Sarrasins. Cependant, malgré la concordance des dates, aucun document ne peut permettre d'affirmer cette hypothèse.

C'est au moyen âge que la variole prend une plus grande extension. Les Croisés, puis les Normands l'essaimèrent de tous côtés en Europe et les ravages de la maladie furent énormes.

Au début du xvi^e siècle, les Espagnols l'importèrent

en Amérique et les épidémies dans ce pays furent encore accrues dans la suite par la transplantation, en Amérique du Sud, des nègres venant du foyer endémique Africain.

Pendant les ^{xv}^e, ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles, la maladie sévit à la manière d'un véritable fléau, régnant en Asie-Mineure, en Amérique, en Afrique et s'étendant peu à peu à tous les pays d'Europe ; elle gagna jusqu'à l'Islande et la Sibérie.

La fin du ^{xvii}^e siècle, pendant lequel elle tuait environ 30.000 individus par an dans notre pays, vit des épidémies subintrantes et d'une gravité extrême, surtout en Angleterre où elles furent admirablement décrites par Sydenham.

Au ^{xviii}^e siècle, l'extension du commerce avec les colonies et les autres continents, l'explosion des conflits européens d'autre part, amenèrent une telle recrudescence de la maladie, que l'on peut considérer cette époque comme la plus éprouvée par la variole.

Survint la grande découverte de Jenner qui amena une diminution notable des épidémies. Ce ne fut malheureusement qu'une accalmie, et au bout d'une quinzaine d'années l'Europe vit renaître la variole dans de nombreux pays. A ce moment, on note des épidémies sévères, mais cependant la maladie se montre souvent sous une forme atténuée à laquelle on donna le nom de varioloïde.

De 1830 à 1873, nous voyons la variole devenir endémique en Europe, avec trois grandes périodes de recrudescence épidémique d'une dizaine d'années environ,

et reprendre peu à peu son ancien caractère de gravité. La France eut particulièrement à en souffrir de 1869 à 1873.

Depuis cette époque, la variole alla s'atténuant dans quelques pays, mais conserva une grande importance en France, puisque Brouardel lui attribue une mortalité de 13 à 14.000 personnes par an jusqu'au début du ^{xx}e siècle.

La maladie diminua ensuite peu à peu jusqu'à la guerre. Elle reparut au bout de six ans par suite de circonstances particulières qu'il nous a paru intéressant de faire ressortir dans cette thèse. Elle dépend, en effet, des grands mouvements modernes de population et offre des points intéressants à étudier.

RELATION DES DEUX POUSSÉES ÉPIDÉMIQUES

DE 1925 A 1927.

De 1914 à 1918, on rapporte seulement quelques cas isolés de variole dans certains corps d'armée, mais aucune épidémie ne fut à déplorer à cette époque, grâce aux mesures énergiques de revaccinations en masse, prises par l'autorité militaire lorsqu'un cas était signalé.

Pendant les années qui suivirent la variole disparut complètement de France jusqu'à la fin de l'année 1925. C'est, en effet, à cette époque que la maladie est à nouveau signalée dans notre pays à Toulouse : Paris et sa banlieue ne furent touchés que quelques mois plus tard.

Première poussée épidémique. — A) Pour la première fois un cas de variole fut déclaré à Epinay-sur-Seine le 17 décembre 1925, dans un hôtel meublé, fréquenté par des Algériens.

C'est un nommé Aïtou-Ali-Sénobaud débarqué à Marseille douze jours avant, qui fut le premier atteint et fit une variole confluente dont il mourut à l'hôpital Claude-Bernard où on l'avait transporté quatre jours après le début insidieux et méconnu de la maladie.

Pendant ce laps de temps où il ne fut pas isolé, il

contamina une autre pensionnaire de l'hôtel, demeurant à l'étage inférieur. Cette personne était mère de 3 enfants vaccinés qui ne furent pas atteints.

Le 26 janvier 1926, un Algérien demeurant à côté du pont de Soissons à Saint-Denis tombe malade à son tour et, le 4 février, Mme F..., habitant la Plaine Saint-Denis, entre à l'hôpital Claude-Bernard avec une variole cohérente.

L'origine de cette dernière contamination paraît être en rapport avec les cas d'Epinay-sur-Seine et surtout du pont de Soissons, étant données la proximité des domiciles et les rencontres probables dans le même quartier. La filiation directe ne put cependant être absolument démontrée.

B) Un deuxième foyer épidémique se manifesta dans les premiers jours de mars, cette fois à Paris même, dans le XV^e arrondissement.

Là encore l'origine put être déterminée d'une façon à peu près certaine et attribuée à un Algérien atteint, sans le savoir, d'une forme bénigne et se soignant chez lui. Quelques jours plus tard et dans les délais habituels d'incubation, une personne habitant une maison située sur la même cour, tomba malade à son tour et fut soignée pour une rougeole. En réalité, le diagnostic fut infirmé quelques jours plus tard, car on avait affaire à une variole cohérente. Là encore l'isolement n'ayant été fait à Claude-Bernard que plusieurs jours après le début, la contagion put se répandre aux alentours, et la fille de la malade ainsi qu'un de ses gendres furent atteints.

Ce foyer s'étendit peu à peu au XIV^e arrondissement et donna en tout 10 cas.

C) Un troisième foyer apparut dans un hospice du XIII^e arrondissement où un médecin, puis quatre personnes hospitalisées dans la même salle furent touchées.

Trois ou quatre cas, d'autre part, furent signalés dans Paris (VI, XI, et XIX), mais restèrent absolument isolés, et l'on put considérer comme éteinte à cette époque, vers la fin du mois de juillet 1926, une épidémie qui s'était manifestée à Paris et dans sa banlieue par 25 cas répartis en 3 foyers et qui avait amené cinq décès.

Deuxième poussée épidémique. — Malheureusement une deuxième épidémie fit son apparition en septembre. Elle éclata à Paris, et plusieurs arrondissements furent atteints à la même époque. On n'a pu préciser la nature exacte de ses origines, mais elle semble bien être en corrélation avec la première poussée et surtout avec un ou deux cas isolés signalés pendant l'été.

En effet, le 29 août 1926, mourait à l'hôpital Claude-Bernard d'une variole grave, un Arabe nommé Akkouche arrivé d'Alger le 5 août. Il était tombé malade le 10 et par conséquent se trouvait en état d'incubation à son entrée sur le territoire. Il prétendait avoir fait la traversée sur un paquebot qui aurait eu la variole à bord. La vaccination fut pratiquée au débarquement, mais quelques passagers durent s'y soustraire et, peu de temps après, éclataient en province quelques cas de la maladie (à Provins en particulier).

Depuis cette époque et grâce aux déplacements dus aux vacances, il est permis de penser que des varioleux

en état d'incubation, comme Akkouche, ont pu semer le contagé autour d'eux.

L'épidémie a évolué jusqu'ici en trois périodes assez nettes.

A) Le premier cas, signalé le 10 septembre 1926, fut un enfant de huit mois et demi habitant cité Henry dans le XIX^e arrondissement. Huit autres cas furent déclarés le 10, le 11, le 12 et le 13 septembre dans les II, III, XII, XIV, XVIII, et XX^e arrondissements, ainsi qu'à Aubervilliers et à Levallois.

Cette éclosion simultanée de la maladie dans plusieurs arrondissements devait donner plusieurs foyers qui s'étendirent en effet peu à peu surtout dans le XVIII^e et à Levallois, où le premier atteint fut un enfant de 14 mois habitant rue Deguingand dans un hôtel ayant une salle de danse, donc très fréquenté.

C'est ainsi que l'on vit la variole se propager très rapidement dans les quartiers les plus divers, atteignant des Français, des Autrichiens, des Espagnols et des Italiens, et prenant un caractère de gravité de plus en plus grand avec la progression. Le temps sec favorisa la dissémination des poussières et plusieurs foyers secondaires apparurent, surtout dans la banlieue Nord-Est où de nombreux cas furent signalés.

B) A partir du mois de novembre, à la suite des mesures énergiques de prophylaxie prises pour l'enrayer, on note une forte diminution de l'épidémie. Après avoir donné en septembre 49 cas, en octobre 49 cas, elle ne donna plus que 27 cas en novembre, 16 en décembre, 12 en janvier, 17 en février, 10 en mars.

La variole dans la Seine de septembre 1926 à mai 1927.



Carte dressée à la Préfecture de police par Mme Jouart.

C) Malheureusement, au mois d'avril, s'ouvrit une période de recrudescence. La variole, en régression évidente dans les différents quartiers de Paris, où elle ne causait plus que quelques cas isolés, apparut en mars à Saint Ouen dans la zone et parmi les étrangers. A partir de ce moment, il semble qu'il se soit créé un véritable foyer étranger qui risque d'entretenir la variole. Le premier atteint, un Portugais, puis deux enfants l'essaimèrent dans toute la cité et l'on eut à déplorer 22 cas pendant le mois d'avril, dans cette seule agglomération.

A l'heure actuelle, au mois de mai, l'épidémie est nettement en décroissance et l'on peut espérer, qu'elle sera définitivement enrayée d'ici quelques semaines si de nouveaux étrangers non vaccinés, ne viennent encore l'introduire. Cette seconde poussée, plus longue et plus grave que la première, puisqu'elle dure depuis neuf mois et qu'elle a donné plus de 230 cas, dont 57 décès, aurait pu devenir une calamité publique dans l'agglomération parisienne, si elle n'avait rencontré chaque jour en face d'elle, l'indispensable barrière de la prophylaxie.

PROPHYLAXIE

Dès que la variole fit sa réapparition dans le département de la Seine en 1925, les services d'hygiène et des épidémies de la Préfecture, conscients du danger d'extension de la maladie dans Paris, prirent des mesures énergiques pour l'enrayer. M. le Pr Agrégé Tanon médecin-chef des services d'hygiène de la Préfecture de Police, avec le concours des médecins inspecteurs des épidémies, MM. Courtois-Suffit, Géraudel, Joltrain, Gastinel, Reilly, sous la direction de M. Bordas Inspecteur général des services techniques d'hygiène à la Préfecture, organisèrent la prophylaxie. A la Préfecture de la Seine, la défense sanitaire fut organisée par M. le Dr Guilhaud, inspecteur général du service de la vaccination. Nous mentionnerons ici l'aide active et constante qui fut apportée à tous par M. Liard secrétaire général de la Préfecture de Police et qui permit de rendre ces mesures efficaces.

Les mesures prises furent : l'isolement, la désinfection et la revaccination en masse après enquête.

A) Lorsqu'un cas de variole est signalé, le médecin-inspecteur, après enquête personnelle, fait isoler, c'est-à-dire hospitaliser le malade, chaque fois que l'isole-

ment à domicile paraît impossible ou imparfait. En cas de refus, l'hospitalisation est faite d'urgence en vertu d'un arrêté préfectoral.

La désinfection des locaux, des vêtements et objets qui ont été en contact avec le malade est faite par les services municipaux de désinfection dans les six heures qui suivent la déclaration.

Et surtout, dès le lendemain, les services de vaccination de la Préfecture vaccinent obligatoirement toutes les personnes faisant partie de l'entourage du malade, et les voisins habitant non seulement la même maison, mais les demeures avoisinantes. Des séances de vaccination sont organisées domicile par domicile, fonctionnent non seulement dans la rue habitée par le malade, mais encore dans les rues avoisinantes et dans les ruelles et passages insalubres.

D'autre part, l'enquête du médecin inspecteur renseigne sur les endroits fréquentés par le varioleux et en particulier sur le lieu de ses occupations : usine, chantier, bureau susceptibles d'avoir été touchés par la contagion ; c'est ainsi qu'on revaccine d'office tout le personnel des usines et administrations où un varioleux a travaillé pendant les jours précédents.

B) A côté de ces mesures prises en vue d'encercler les cas de variole dans une barrière de défense, les médecins, d'accord avec l'autorité préfectorale et avec les médecins des bureaux d'hygiène, s'occupèrent activement de la prophylaxie générale de la population.

Dès le début de l'épidémie, on prévint le public de la nécessité de se faire revacciner : pour ce faire des

affiches furent apposées dans toutes les gares du Métropolitain et du Nord-Sud, mentionnant l'apparition de la variole à Paris, les ravages qu'elle pourrait déterminer, la nécessité de se faire revacciner sans distinction d'âge et l'indication des centres vaccinaux ouverts au public. On envoya d'autre part : 1° à tous les médecins une note pour attirer leur attention sur la maladie n° 3; 2° à tous les maires des communes de la Seine, une circulaire les invitant à prévenir la population et à collaborer à l'organisation de séances gratuites de vaccination.

Cette publicité montra son efficacité puisque plusieurs dizaines de milliers de vaccinations furent faites en dehors des revaccinations obligatoires dans les écoles : des séances eurent lieu le dimanche matin dans certaines mairies et un service régulier fut établi dans les hôpitaux, à l'Institut Pasteur, à l'Académie de Médecine et en banlieue par les services de la Préfecture.

Nous venons d'exposer l'historique de cette petite épidémie, les moyens employés pour la combattre, les résultats qu'on est en droit d'en attendre ; examinons maintenant comment est conçue la législation française antivariolique, Nous pourrions ainsi tirer de l'examen des faits et de celui des règlements des conclusions pratiques pour renforcer encore la prophylaxie antivariolique.

REGIME SANITAIRE FRANÇAIS

La législation sanitaire française concernant les maladies contagieuses et épidémiques, et en particulier les maladies dites « pestilentielles » dont fait partie maintenant la variole, a été conçue dans deux buts différents, mais interdépendants :

1° Préserver le pays, mettre les habitants en état de défense contre une incursion possible de la maladie;

2° Empêcher l'infection d'être importée sur le territoire.

I. — Jusqu'au début de ce siècle, la variole n'était l'objet d'aucune mesure officielle spéciale entraînant la vaccination obligatoire. A la suite de vœux successifs émis par l'Académie de Médecine, nos législateurs votèrent en 1902 une loi pour la protection de la santé publique contenant des mesures sanitaires générales applicables aux habitants du pays.

Les articles 4 et 5 de la loi du 13 février 1902 obligent les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes à déclarer à l'autorité publique les maladies contagieuses quand ils en constatent l'existence.

L'article 7, modifié en 1913, déclare la désinfection obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4.

« Les mesures de désinfection sont mises à exécution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus par les soins de l'autorité principale, suivant les arrêtés du maire, approuvés par le préfet et dans les communes de moins de 20.000 habitants par les soins d'un service départemental, sauf lorsque ces villes auront un bureau d'hygiène. »

L'article 6 de la même loi concerne la variole et est ainsi conçu :

« La vaccination variolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingtième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure. »

En vue d'appliquer et de faire respecter ces mesures, la loi de 1902 a créé tout un organisme administratif d'hygiène ainsi composé :

1° Le conseil supérieur d'hygiène publique qui délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique.

2° L'article 20 prévoit l'institution dans les villes de plus de 20.000 habitants et dans les communes d'au moins 2.000, sièges d'un établissement thermal, d'un bureau d'hygiène fonctionnant sous l'autorité du maire.

3° A côté de ces bureaux d'hygiène réservés aux grosses agglomérations, l'article 20, crée dans chaque département, un conseil d'hygiène départemental présidé par le préfet, et, pour chaque subdivision du départe-

ment, une commission sanitaire présidée par le sous-préfet.

C'est à ces différents organes que sont attribuées toutes les questions intéressant la santé publique.

En ce qui concerne Paris et le département de la Seine, l'article 24 institue un Conseil d'hygiène de la Seine et des commissions d'hygiène dans les arrondissements de Paris et du département. Elles relèvent du Préfet de la Seine et du Préfet de Police dont les attributions respectives sont fixées comme suit par les articles 22 et 23.

Article 22 (Loi du 7 avril 1903).

Le préfet de la Seine a dans ses attributions à Paris :

1° Tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni;

2° La salubrité des voies privées, closes ou non à leurs extrémités;

3° Le captage et la distribution des eaux ;

4° La vaccination, la désinfection et le transport des maladies.

Art. 23 (Loi du 7 avril 1903).

Le préfet de police a dans ses attributions à Paris :

1° La surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garni;

2° Les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations;

3° Les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

La loi de 1902 fut appliquée un an après la promulgation.

Nous sommes, à l'heure actuelle, sous ce régime légal qui fut cependant complété par la loi du 7 septembre 1915.

L'article unique de cette loi est ainsi conçu :

En cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination anti-variolique peut être rendue obligatoire par décret ou arrêté préfectoral pour toute personne, quelque soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vacciné ou revacciné avec succès depuis environ cinq ans.

L'importance de cet article additionnel est extrême puisqu'il a permis de prendre et de rendre obligatoires depuis deux ans les mesures prophylactiques décrites précédemment.

Rappelons, en outre, que le service de vaccine de l'Académie de Médecine a été érigé en Institut supérieur de vaccine et qu'il fonctionne sous ce titre depuis 1906. Il est chargé de tous les contrôles des vaccins, de l'entretien des souches et des recherches de cet ordre. C'est sous son impulsion que des perfectionnements ont été apportés à la préparation de la pulpe anti-variolique et qu'actuellement tous les vaccins jennerines sont doués d'une activité régulière et par conséquent efficaces.

II. — A côté de cette législation intéressant directement la population métropolitaine, il existe en France des mesures officielles applicables aux frontières en

vue de prévenir l'introduction sur notre sol des maladies qui peuvent exister dans les autres pays.

A) Protection des frontières maritimes.

Elle est encore basée aujourd'hui sur la loi du 3 mars 1822 dite de police sanitaire maritime, complétée par les décrets de juin 1920 et de novembre 1924, et s'appuie sur la loi du 15 février 1902 d'une part, sur la convention sanitaire internationale du 17 janvier 1913 de l'autre.

Elle comprend une surveillance sanitaire visant :

1° Les ports d'où proviennent les navires arrivant en France ;

2° L'état sanitaire du navire lui-même pendant la traversée ;

3° Le débarquement, dans les ports français, des passagers et des marchandises.

1. Le consul français ou l'autorité locale délivre à chaque navire en partance pour la France, dans les quarante-huit heures qui précèdent son départ, une patente de santé qui a pour but de :

Faire connaître l'état sanitaire du pays de provenance et d'escale, particulièrement l'existence ou la non existence dans ces pays des maladies pestilentiellles.

Mentionner tous renseignements de nature à éclairer au point de vue sanitaire, les autorités des ports d'arrivée sur les mesures de prophylaxie applicables au navire intéressé (Art. 3).

2. Pendant la traversée le médecin du bord ou le

capitaine fait procéder, en cas de besoin, à toutes les mesures sanitaires lui semblant utiles.

3° A l'arrivée, la patente de santé du navire doit être montrée à l'autorité sanitaire locale qui donne le permis de débarquement, c'est-à-dire l'admission du navire à la libre pratique, si l'état sanitaire est satisfaisant. Dans le cas contraire, on procède à son isolement et à sa désinfection.

En ce qui concerne plus particulièrement la variole, les mesures à prendre sont les suivantes :

Art. 70. — Dans le port contaminé :

Vaccination de toutes les personnes de l'équipage ne pouvant pas présenter un certificat de vaccin datant de moins d'un an.

Art. — Au départ :

1° Visite des passagers, éviction des cas suspects ou confirmés :

2° Désinfection des bagages suspects.

Art. 72. — Pendant la traversée :

1° Vaccination de tout passager ne pouvant présenter un certificat de vaccine datant de moins d'un an ;

2° Isolement des malades suspects ou confirmés et, si possible, de leur entourage ;

3° Désinfection, au cours de la maladie des locaux d'isolement des linges, vêtements, objets de literie, etc., susceptibles d'avoir été contaminés.

Art. 73. — A l'arrivée :

1° Visite médicale, au cas seulement où le navire aurait présenté pendant la traversée ou présenterait à l'arrivée un ou deux cas suspects ou confirmés de variole ;

2° Débarquement et isolement des malades suspects ou

confirmés sur les indications de l'autorité sanitaire, à charge par le navire de fournir les moyens de débarquement ;

3° Au cas où les mesures de prophylaxie déjà prises à bord ne seraient pas jugées suffisantes par l'autorité, sanitaire, le navire est isolé jusqu'à ce que les opérations nécessaires soient effectuées ;

4° Désinfection des bagages suspects ;

5° Débarquement des passagers sains sous le régime du passeport sanitaire (durée de surveillance 20 jours) ;

6° Admission du navire à la libre pratique sous le régime de la surveillance sanitaire applicable pendant toute la durée du séjour dans le port.

Toute cette réglementation est appliquée par le service sanitaire maritime organisée de la façon suivante :

Le littoral français est partagé entre six conscriptions sanitaires comprenant chacune plusieurs départements et à la tête de laquelle se trouve un médecin directeur.

La direction a pour siège le port le plus important ; dans les autres départements maritimes où ne se trouve pas la direction il y a une agence principale qui se subdivise elle-même en agences ordinaires, de façon que tout point quelconque de la côte relève directement d'un agent qui constitue l'autorité sanitaire, assume la responsabilité du service et possède les pouvoirs déterminés par les règlements.

Les 6 directions ont leur siège à :

Dunkerque, le Havre, Brest, Saint-Nazaire, Pauillac, Marseille.

B) Protection des frontières de terre.

Jusqu'à ses dernières années l'organisation prévue pour couvrir notre frontière maritime avait paru suffisante pour parer aux dangers d'importation des maladies graves à caractère épidémique.

Survint la guerre avec tous les bouleversements qu'elle a entraînés et les mouvements énormes de population qu'elle a suscités. La France dut faire appel, en raison de la pénurie de la main d'œuvre nationale, aux habitants de pays environnants dont la situation sanitaire était défectueuse. Il fallut songer à organiser sérieusement la surveillance des voyageurs et en particulier les immigrants pénétrant en France par les frontières terrestres.

L'autorité militaire en prit l'initiative pendant la guerre. Après la guerre, s'inspirant des mesures déjà prises, on installa des postes sanitaires à côté et en coordination absolue avec les bureaux d'immigration chargés du recrutement, de la réception et de la répartition des ouvriers étrangers appelés à travailler en France.

Les postes sanitaires existants sont les suivants :
Feignies et Jeumont, Toul, Modane, Menton, Marseille, Perpignan, Hendahe.

Le rôle de ces postes est le suivant.

Procéder à l'examen médical des immigrants et dépister ceux qui seraient atteints des maladies contagieuses en vue de les isoler et de les soigner.

Procéder à la vaccination antivariolique de ceux d'entre eux qui ne sont pas munis de certificats réguliers

constatant leur immunisation ou qui ne portent pas les traces récentes de cette immunisation.

Procéder enfin, quand il y a lieu, à la désinfection de leurs vêtements et de leurs bagages.

Tel est l'organisation du régime sanitaire français.

ETUDE CRITIQUE DES CAUSES DE L'ÉPIDÉMIE

Toute cette réglementation sanitaire avait paru suffisante pendant ces dernières années, puisque la variole avait complètement disparu. Les causes de sa réapparition sont nombreuses et l'étude épidémiologique de la maladie les montre en toute évidence.

I. — Nous avons eu affaire depuis 1925 à une variole d'importation. En effet, en province ou à Paris, les premiers atteints furent, soit des personnes qui avaient été en contact dans les jours précédents avec des étrangers, plus souvent des étrangers eux-mêmes : un chiffonnier espagnol à Toulouse, un nomade espagnol dans l'Hérault, des Italiens, Espagnols ou Portugais à Paris et dans la banlieue, et surtout des Arabes comme Ali-Aitou-Sénobaud et Akkouche. Tous ces individus étaient en France depuis peu de temps et se trouvaient en état d'incubation à leur entrée.

Ces faits montrent de façon indiscutable que la police actuelle des frontières terrestres et maritimes est insuffisante.

A) La difficulté d'appliquer intégralement le règlement sanitaire maritime est très grande.

En effet, dans les ports de départ, nombre d'individus parviennent à s'embarquer en fraude sans fournir de cer-

tificat de vaccin et peuvent donc semer la contagion autour d'eux.

En ce qui concerne plus particulièrement l'Algérie, la Tunisie et le Maroc, les navires venant de ces pays ont une traversée très courte et il est matériellement impossible au service sanitaire du bord, malgré son activité, de procéder à la vaccination de tous les passagers. Le mauvais temps, l'encombrement des ponts par les indigènes rendent illusoires tout contrôle sanitaire et toute mesure vaccinale.

A l'arrivée en France, l'autorité sanitaire est dans l'impossibilité de procéder à une visite médicale individuelle minutieuse, qui apporterait un retard considérable au débarquement avec toutes les réclamations justifiées en découlant, et qui entraverait à coup sûr le fonctionnement du port. La vaccination est bien effectuée, mais des passagers parviennent à s'y soustraire. Remarquons d'ailleurs que la vaccination pratiquée sur un individu déjà en période d'incubation est inefficace, ne le préserve pas et que par conséquent il importe le germe avec tous ses dangers de propagation.

D'autre part et surtout, nombre d'étrangers entrent en France de façon absolument clandestine, faisant le passage sur des bateaux de pêche ou de contrebande et le contrôle sanitaire dans ces cas est évidemment réduit à néant.

En ce qui concerne les émigrants étrangers traversant seulement notre pays, toutes les mesures sont prises avec le temps voulu pour qu'aucun élément de contagion ne puisse être semé par eux lors de leur pas-

sage ; mais il arrive souvent que le pays destinataire, les Etats-Unis par exemple, refuse leur débarquement pour cause de maladie (souvent contractée dans une escale). Ils sont alors ramenés en France où des conventions internationales avec plusieurs pays nous obligent à les recevoir et à les soigner. Malgré le caractère de réciprocité d'une telle convention, l'état sanitaire de la France en pâtit et la charge en est d'autant plus onéreuse que nos propres ressortissants sont peu nombreux à l'étranger.

B) De même les frontières terrestres sont mal défendues. L'organisation dont nous avons parlé fonctionne de mieux en mieux, mais les postes sanitaires, bien qu'aides par les agents des douanes, ne peuvent surveiller qu'une partie des voyageurs.

En effet, à côté des bureaux d'immigration filtrant les travailleurs étrangers appelés en France, pour ainsi dire officiellement, nombre d'autres venant de leur propre chef et par leurs propres moyens chercher du travail dans notre pays, peuvent pénétrer sur le territoire sans qu'un contrôle sanitaire leur soit imposé. A notre avis la même lacune existe en ce qui concerne les touristes qui peuvent être porteurs de germe au même titre que les autres, surtout quand ils viennent d'un pays où il y a de la variole et où la vaccination n'est pas obligatoire.

L'on peut s'étonner qu'il n'y ait en France à l'époque actuelle aucune loi permettant de renvoyer dans son pays d'origine un sujet médicalement indésirable.

II. — Si, comme nous venons de le voir, les fron-

tières sont mal défendues contre l'infection étrangère, la dernière épidémie montre que notre territoire était lui-même en état de réceptivité et que là aussi les mesures préventives ont été insuffisantes.

A) Le relâchement dans la vaccination en est la cause principale :

1^o Au moment de la guerre l'état de siège avait permis de faire respecter d'une façon absolue la loi de 1902 et de faire revacciner non seulement les personnes de 11 et de 21 ans mais tous les Français et Etrangers sans distinction d'âge ; au moment de la paix l'obligation de la vaccination à partir de 21 ans disparaît et la grosse majorité de la population, inconsciente du danger encouru, et réagissant contre les mesures de rigueur du temps de guerre, s'efforça de frauder et de se soustraire à la vaccination. Quant aux personnes déjà plus vieilles, on les entendait dire : « Qu'à leur âge, ce n'était plus utile. »

Les médecins malheureusement se prêtèrent souvent eux-mêmes à ces mauvaises raisons, par incrédulité ou par négligence, et allèrent même parfois, il faut bien l'avouer, jusqu'à certifier des revaccinations dont ils n'étaient pas sûrs, considérant comme le public le certificat de vaccination comme une formalité administrative sans importance ;

2^o Une autre raison de ce relâchement excusant pour une part l'insouciance médicale, est due à la question de l'alastrim.

Sous ce nom quelques auteurs virent il y a quelques années une maladie nouvelle ressemblant à la variole

dans beaucoup de ses manifestations cliniques et de ce fait pouvant donner le change. Ils s'appuyèrent sur certaines différences : rareté de la suppuration des vésicules, évolution en général bénigne, pour en faire une maladie tropicale spéciale régnant en deux foyers : aux Antilles et en Afrique du Sud, pouvant parvenir jusqu'en Europe et y régner suivant le mode épidémique.

Ils concluaient à la non immunisation par la vaccination jennérienne.

Or la maladie connue au Brésil sous le nom d'alastrim depuis déjà longtemps, fut signalée en 1900 à Java, en 1902 en Afrique du Sud. Après la guerre elle sévit plus fortement aux Antilles, à la Guyane, dans la Nouvelle-Zélande et en Australie.

Actuellement la grosse majorité des auteurs Anglais, Américains, Portugais, Brésiliens et Français qui l'ont étudiée sur place sont d'accord pour affirmer, contrairement à ce que certains avaient pensé, que « l'alastrim » n'est en réalité qu'une forme de varioble bénigne, survenant en général sous le mode épidémique bénin. Ils montrèrent dans les deux maladies des caractères cliniques semblables et l'identité de la formule leucocytaire. Ils insistèrent sur l'immunité de l'alastrim conférée par la vaccination lorsqu'elle est faite à temps, et sur ce fait que des cas de variole pouvaient être le point de départ d'une épidémie d'alastrim, ou inversement, comme on l'avait vu au Cap.

B) Une seconde cause de propagation de la variolè est le manque d'hygiène d'une certaine partie de la population et l'existence en France d'agglomérations

malsaines d'individus situées au pourtour des grandes villes. Dans les départements du Nord la crise du logement est si aiguë que l'on voit encore des familles d'ouvriers parquées pour ainsi dire dans des baraquements en bois, vermoulus, couverts de tôle ondulée, insuffisamment aérées.

De même, à Paris, sur cette bande de terrain appelée la zone et située le long et en dehors des anciennes fortifications, existe une cité ininterrompue de plusieurs kilomètres sur 300 mètres de profondeur, dont la partie nord a été le cauchemar des services d'hygiène pendant la dernière épidémie.

Elle est composée de milliers de cahuttes en planches construites n'importe où par les locataires du terrain, et faisant elles-même l'objet de quatre ou cinq sous locations successives à la semaine ou à la journée. A côté des chiffonniers dont la corporation est organisée, vit dans ce labyrinthe une population hétérocyte très nombreuse. Tous les âges et toutes les parties du monde y sont représentées. L'absence de fosses d'aisance et d'égouts est un honteux défi à l'hygiène.

Dans une pareille tour de Babel, une maladie contagieuse comme la variole prend immédiatement les proportions d'une épidémie d'autant plus grave que la désinfection y est impossible et que la vaccination, souvent pratiquée cependant, y reste absolument illusoire puisque s'adressant à une population instable. Pour les mêmes raisons, aucune mesure de coercition ne peut être prise sur des gens qui fuient devant les mesures

prophylactiques, vont camper cinq ou six cents mètres plus loin, pour revenir deux jours après.

M. le Dr Gastinel, médecin inspecteur des épidémies, dit à ce sujet dans un de ses rapports que :

« La cité de planches dite « village de bois » où habite la famille B... présente un puisard où se déversent toutes les eaux de lavages des cabanes voisines. Les ordures ménagères y sont souvent mêmes jetées et il y aurait urgence à faire nettoyer, désinfecter et recouvrir cette source d'infection, véritable foyer pestilentiel. »

Tel est l'ensemble des raisons qui nous paraissent découler de l'histoire de l'épidémie pour expliquer la réapparition de la variole en France pendant ces deux dernières années.

EXPOSÉ DES MESURES UTILES A PRENDRE

Il résulte de cette discussion qu'un certain nombre de mesures devraient être prises pour compléter le système existant et pour parer aux difficultés rencontrées. On s'est déjà préoccupé de cette question dans les milieux officiels et le ministre des Affaires étrangères, après avis du ministre du Travail et de l'Hygiène, a envoyé au début de 1927 à tous ses consuls une circulaire les invitant à faire joindre à chaque demande de passeport pour la France un certificat de vaccination datant de moins d'un an. D'autre part les services de police sanitaire maritime et terrestre ont été renforcés.

Enfin une proposition de loi inspirée des lois déjà existantes dans ce sens dans d'autres pays et en particulier de la loi américaine sur les étrangers du 5 février 1917, appuyée d'autre part sur la Conférence de Rome de 1924, a été déposée en juin 1926 par M. le Dr Cheauveau, sénateur. Cette proposition qui viendra en discussion à la fin de l'année 1927 demande à l'article 4 que :

« Tout voyageur en provenance d'un pays, où, soit en permanence, soit transitoirement sévissent d'une façon épidémique des maladies contagieuses, doit présenter à son arrivée au port de débarquement ou à

la gare frontière un passeport sanitaire. En ce qui concerne les voyageurs arrivant par mer, les compagnies de navigation seront responsables et devront avant l'embarquement exiger la production du passeport sanitaire.

« Faute de s'être soumises à cette prescription, le rapatriement des personnes insolubles et jugées indésirables sera mis à leur charge. »

Malgré l'ensemble des mesures déjà prises ou proposées depuis quelques mois, il est permis d'affirmer que jamais une barrière de défense absolument étanche ne pourra être instituée aux frontières. Quelle que soit l'extension qu'on donnera aux services qui seront chargés de la surveillance, il y aura toujours des infiltrations possibles.

Il nous faut donc chercher les mesures préventives et défensives qu'il est utile de prendre à l'intérieur du territoire, car seules elles pourront nous préserver d'une façon certaine.

Toutes doivent avoir pour but la vaccination et la revaccination systématique. On ne saurait trop insister sur leur importance démontrée depuis longtemps par l'histoire de la variole après la découverte de Jenner. Rappelons ici quelques points qui feront encore la preuve de son utilité.

Lorsque la vaccination fut connue et commença à être pratiquée dans le monde, on vit peu à peu la variole diminuer, pour reprendre son caractère de gravité quelques années après. C'est ainsi qu'on s'aperçut :

Que l'immunité conférée n'était pas définitive ;

Que la revaccination était nécessaire tous les cinq ou sept ans pour compléter d'une façon efficace la première vaccination ;

Que la vaccination n'était pratiquée utilement dans un pays que lorsqu'on la rendait légalement obligatoire.

En effet, pendant la guerre de 1870, l'armée allemande vaccinée d'office eut très peu de variole par comparaison avec notre armée où l'on ne vaccinait pas systématiquement. En outre depuis la loi de 1902, cependant incomplète puisqu'elle n'oblige qu'à deux revaccinations, on vit la variole diminuer progressivement en France jusqu'à la guerre.

Enfin l'exemple des Etats-Unis, de l'Angleterre et de la Suisse où l'hygiène est en général très respectée, mais où manque la vaccination obligatoire, montre que la lutte contre la variole ne peut amener sa disparition dans ces pays.

En Suisse en particulier la différence de contamination entre les cantons de langue romande et les autres est lumineuse.

Pendant les dernières années jusqu'en 1924, on note dans les cantons romands, où la vaccination est obligatoire, 29 cas de variole pour une population de 1.133.255 habitants. Dans les autres cantons, où elle ne l'est plus, on note 5.487 cas pour une population de 2.717.062 habitants, soit une proportion quatre-vingt-dix-neuf fois plus élevée.

Nous croyons ces faits suffisamment probants pour

estimer que la loi de 1902 contient une lacune qu'il serait grand temps de combler :

Les revaccinations pourraient et devraient être rendues obligatoires en vue du bien public durant toute la vie, et répétées tous les cinq à sept ans. Nous pensons que le contrôle pourrait assez facilement s'exercer, soit en demandant l'inscription de chaque date de revaccination sur le livret de famille, soit en ordonnant la présentation du certificat de vaccin au paiement des impôts.

De plus, en ce qui concerne les travailleurs français et surtout étrangers, le chef d'entreprise pourrait être tenu de demander un certificat de vaccination au moment de l'embauchage.

M. le Dr Tanon le proposait en avril dernier au Congrès de Rabat. Il semble qu'il y avait plus d'intérêt à l'exiger à ce moment, qu'à la remise de la carte d'identité. En effet, on accorde un délai de plusieurs semaines pour la déclaration de séjour des étrangers, alors que les intéressés cherchent presque toujours du travail dès leur arrivée.

Au cas où il serait contrevenu à ces mesures, le délinquant devrait être condamné à une amende correspondant à une partie des frais de son hospitalisation, avec la contrainte par corps exigible en cas d'insolvabilité. Il est en effet inadmissible que le contribuable français soit obligé de payer les soins donnés gratuitement dans les hôpitaux à des étrangers tombés malades par leur faute, en refusant de se soumettre aux lois d'un pays qui les accueille et les fait vivre.

Si des mesures de coercition et des pénalités sont utiles pour faire appliquer des mesures obligatoires, la simple éducation en matière de variole et de vaccination nous paraît au moins aussi nécessaire auprès des chefs d'usine et de la population. C'est là que le rôle du médecin prend toute son importance et il paraît utile de l'en persuader. Il doit user de toute son influence et de son autorité pour montrer à ses malades et à leurs familles les dangers d'une maladie contagieuse comme la variole qui tue souvent et qui défigure presque toujours. Il doit leur faire comprendre qu'ils sont à la merci d'une simple rencontre dans la rue et que, si nos moyens thérapeutiques sont encore bien restreints lorsque la maladie est déclarée, la vaccination existe et confère l'immunité absolue pour peu qu'on s'y soumette régulièrement tous les cinq ou sept ans sans distinction d'âge ; qu'enfin, les vaccinations bien faites ne sont jamais dangereuses et ne donnent le plus souvent qu'une réaction générale insignifiante.

Si malgré toutes ces précautions la maladie parvenait à reprendre pied à certains endroits, nous pensons que l'attention des médecins doit être appelée de façon très particulière sur la nécessité d'une déclaration précoce : de suspicion plus que de certitude. De cette façon, nous ne reverrons pas, comme cela s'est produit dernièrement dans une ville de province, les services d'hygiène ignorer la moitié des cas. Il vaut mieux prendre toutes mesures prophylactiques utiles, croyant à une variole alors que c'est une varicelle ou une rougeole, que de commettre l'erreur inverse et de laisser un varioleux

semer le terrible contagé autour de lui pendant plusieurs jours.

Nous pensons enfin qu'une partie de la ceinture de Paris, appelée la zone, est un danger public constant et, sans vouloir chercher les raisons de son existence et de son maintien, nous estimons que tolérer une agglomération aussi manifestement malsaine est une honte au siècle où nous sommes.

• CONCLUSIONS

1° De l'étude de la poussée épidémique actuelle de variole en France, il ressort nettement que la maladie a été d'importation étrangère et nous est venue du pays où la vaccination n'est pas obligatoire.

2° Les mesures prises en France semblent suffisantes et nous permettent de combattre utilement une épidémie.

3° Mais la réglementation sanitaire, telle qu'elle est comprise actuellement pour nos frontières, est insuffisante et il convient de la renforcer.

4° Des difficultés s'étant élevées entre le gouvernement français et les gouvernements étrangers lorsqu'on vaccine un de leurs ressortissants ayant pénétré sur notre territoire, il importe que les mesures d'ordre intérieur soient renforcées.

5° Pour ces raisons, il est à souhaiter que les vœux émis par le Dr Camus, directeur de l'Institut Supérieur de vaccine et adoptés par l'Académie de Médecine le 12 décembre 1926, soient mis en application le plus tôt possible :

« Empêcher les porteurs de germes varioliques venant en particulier d'Algérie, ou encore de nos colonies et des pays de protectorat, d'entrer en France.

« Exiger en Algérie, dans les colonies et les pays de protectorat, la revaccination effective des personnes qui doivent s'embarquer en France. »

Il convient d'y ajouter le vœu suivant, émis par le D^r Tanon le 23 avril 1927 au Ve Congrès de la Mutualité coloniale à Rabat :

« Aucun ouvrier français ou étranger ne pourra être accepté dans une entreprise quelconque sans avoir présenté, au moment de son embauchage, un certificat ou une copie régulière d'un certificat de vaccination portant indication des résultats obtenus, et datant d'au moins huit jours et au plus de cinq ans. »

Dans le cas où il aura été contrevenu à cette obligation, le délinquant sera frappé d'une amende de 10 % sur les frais de séjour à l'hôpital. »

Vu : le Président de la thèse,

TEISSIER.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard (L.)*. — Le problème sanitaire de l'immigration (Fascicules du ministre du Travail et de l'Hygiène, 1926).
- Camus*. — Remarques à propos de la dernière épidémie de variole et des mesures prises pour la combattre (Bull. de l'Académie de Médecine de Paris, 1926, p. 607).
- Dequidt-Forestier*. — Les aspects du problème de l'immigration en France (Revue d'Hygiène, 1926, p. 999).
- Guilhaud*. — Communication sur le fonctionnement du service vaccinal de la ville de Paris à l'occasion de quelques cas de variole (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1926, p. 624).
- Girard et Bonain*. — L'organisation de la police sanitaire maritime (Revue d'Hygiène et de police sanitaire, 1927, p. 565, 662, 745, et 877).
- Kelsch*. — Traité des maladies épidémiques.
- Martial (R.)*. — La main-d'œuvre en France (Annales d'hygiène publique industrielle et sociale, 1926, p. 282).
- Législation et prophylaxie de l'immigration aux Etats-Unis, *ibidem*, p. 463.
 - Position internationale du problème de l'immigration (La conférence de Rome, *ibid.*, p. 495).
 - Prophylaxie de l'immigration pendant et depuis la guerre, *ibidem*, p. 399.

Netter (A.). — La variole en Suisse, en Angleterre et aux Etats-Unis (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 1926, p. 607).

Tanon et Cambessedes. — L'alastrim (Annales d'hygiène publique industrielle et sociale, 1924, p. 552).

Tanon. — Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, 19 novembre et 3 décembre 1926, n° 27 et 28).

— L'importance de la vaccination jennérienne dans les rapports entre la France, l'Afrique du Nord et les Colonies (Rapport au V^e Congrès de la Mutualité coloniale à Rabat, 20-23 avril 1927, Section d'Hygiène).

— Relation de la petite épidémie de variole observée à la fin de 1925 et au début de 1926 (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 1926, p. 622).

Violle. — Le service d'hygiène de l'immigration à Marseille (Fascicules du ministère du Travail et de l'Hygiène, 6^e bureau, 1926).

Violle et Wibaux. — Manuel de législation sanitaire française 1923.

